

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: CRA- CENTRO RADIODONTOLÓGICO DE APARECIDA S/S LTDA

CNPJ: 05471911000110 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA CARAGOATA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11498/GO

Cirurgião Dentista: (16253) - KARLA WANESSA ALVES VITORIA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
349271 - I	DANILO SANTOS DE ALMEIDA (00202530126200000101)		31/07/2020	222	0.59	R\$ 130,98
364132 - I	JOAO PAULO BRITO (00202531266700000102)		26/08/2020	78	0.58	R\$ 45,24
367322 - I	JOAO PAULO BRITO (00202531266700000102)		31/08/2020	222	0.59	R\$ 130,98
368102 - I	RAFAELA AMARANTE ALMEIDA (00202530126200000103)		01/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
368102 - I	RAFAELA AMARANTE ALMEIDA (00202530126200000103)		01/09/2020	42	0.6	R\$ 25,20
370357 - I	ANA PAULA DIAS DE OLIVEIRA (00202531371100000101)		04/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
373427 - I	CLAUDIVANE COSTA DE AMARANTE (00202530126200000102)		10/09/2020	56	0.6	R\$ 33,60
380218 - I	PATRICIA PEREIRA SOARES ALCANTARA (00202521150300000802)		21/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
383203 - I	GLACIELE CRISTINA RODRIGUES DE SOUZA (00202521694500069701)		25/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
383203 - I	GLACIELE CRISTINA RODRIGUES DE SOUZA (00202521694500069701)		25/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
383203 - I	GLACIELE CRISTINA RODRIGUES DE SOUZA (00202521694500069701)		25/09/2020	56	0.6	R\$ 33,60

Totalizador

N° de USOs: 1354
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 797,28

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1354
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 797,28

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1354
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 797,28

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/10/2020 16:37

Página 1 de 1

2-N⁺

994802

Dados do Beneficiário13-Nome

Dados do Convênio Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	0102930679107
22-Nome do Contratado Executante	KARLA WANESSA ALVES VITORIA
23-Número no CRO	11498
24-UF	GO
25-Código CNEB	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KARLA WANESSA ALVES VITORIA	11498	GO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30- Tabela	31- Código do Procedimento
32- Descrição	33- Dente/Região
34- Face	35- Qtd
36- Quantidade US	37- Valor
38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.
40- Data de Realização	41- Motivo da Cessa
42- Assinatura	

[illegible]

3. _____

4. _____

5. _____

[illegible]

6.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

8

[illegible][illegible][illegible]

15

43-Data Recebido Tópico do Testamento	08/09/2020
44-Tipo de Atendimento	2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	2 2 2 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, especifico e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e na forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Circunlo-Dentista Solidificante	
51-Data, local e Assinatura do Circunlo-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	1
53-Data, local e Caminho da Empresa	

[illegible]

CRA - CENTRO RADIOLOGICO
CRA - CENTRO RADIOLOGICO

Assinatura do Beneficiário / Responsável

to Santa

3-Data, local e Carimbo da Empresa



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: DANILO SANTOS DE ALMEIDA

**SOLICITO CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO
DE DOENÇA PERIODONTAL E AVALIAÇÃO
ENDODONTICA.**

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

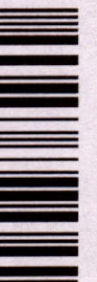
Goiânia, 23 de julho de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 Lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019



367322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão do Guia
31/10/08/2010

4-Data de Autorização
03/10/09/2010

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7836736

7-Data Validade da Serinha
29/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01020225312667700001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOAO PAULO BRITO

30/08/1995

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
PALOMA DUARTE GONCALVES SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO
11498

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ) CPF

02930679107

22-Nome do Contratado Executante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO

11498

24-UF

GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO

11498

28-UF

GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

1-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

2-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

3-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

4-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

5-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

6-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

7-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

8-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

9-01081000294 LEVANTAMENTO

11

22

22

20

010101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101

0,0101



Reis & Soares
ODONTOLOGIA

PEDIDO DE EXAME

PARA: JOÃO PAULO BRITO

**SOLICITO CHECK UP PERIAPICAL PARA AVALIAÇÃO
DE DOENÇA PERIODONTAL E AVALIAÇÃO
ENDODONTICA.**

Dr. André Luiz Gomes dos Reis
Res. Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Goiânia, 24 de agosto de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

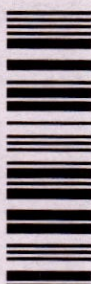
Fone: (62) 3996-0019



lançamentos para mês abril

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



991439

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/10 4-Data de Autorização 13/1/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7822179 7-Data Válido da Senha 12/4/11 1/12/10 364132 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira

10-02102153126700000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válido da Carteira 12-Data Válido do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOAO PAULO BRITO

30/08/1995

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano

PALLOMA DUARTE GONCALVES SILVA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO 11498

19-UF GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF

02930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO 11498

24-UF GO

25-Código CNES

Enviar - RX

(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO 11498

28-UF GO

29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		53,11	08/12/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	31/10/10	44-Tipo de Atendimento	2-Exame Radiológico	3-Ordem	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	78,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/11/08/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/11/08/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/11/08/10, João Paulo Brito

53-Data, local e Cartão da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLOGICO APARECIDO
CNPJ: 06.719.113/0001-10

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

André Luiz Gomes dos Reis
CRO/GO: 15.639
Cirurgia Oral Menor
Clínica Geral

PARA: JOÃO PAULO BRITO

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA
AVALIAÇÃO DE DENTES INCLUSOS E CANAL
MANDIBULAR.**

André Luiz Gomes dos Reis
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-GO 15.639

Goiânia, 24 de agosto de 2020

Dr. André Luiz Gomes dos Reis

CRO GO 15.639

Av T9 c/ Rua C212 nº 521 lt 10 S/2 Jardim América - Goiânia-GO

Fone: (62) 3996-0019

2-N-



994555

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/2011/2020



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Raquel Amarantes Almeida

Solicito

- Rx interproximal de molares lado esquerdo e direito para avaliação cárie.
- Rx panorâmica para avaliação 3º molares.
- Rx periapical dentes 51 e 61 para avaliação endodôntica.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

08/09/2020

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



370357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019 4-Data de Autorização 11/09/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7849840 7-Data Validade da Sentença 10/03/2020

8-Número da Carteira 10/02/02/5313711000000101 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA PAULA DIAS DE OLIVEIRA 20/03/1995 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ANA PAULA DIAS DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-UF GO 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02930679107 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-UF GO 25-Código CNES 0181000405 26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-UF GO 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Classe	42-Assinatura
1-0	0	81000405										
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			19/09/2020		Ana Paula
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 19/09/2020 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/09/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/09/2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/2020, Ana Paula 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOLÓGICO APARECIDO 10

Dr. de Oliveira



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Ana Paula Dias de Oliveira

Solicito

- Rx Panorâmica para avaliação de sinus.
- Rx interproximal de pré molares e molares da do esquerdo e direito para avaliação de cárie.

04/09/2020

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 45.857

Avenida Dona Maria Cardoso, 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO

062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

2-N



09050

373427
INTERCÂMBIO

ude

10

[illegible]

22 | | | | |

g

—

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

48-Total Franquia / Co-participação

...sistente e arcar com os custos
...o que assina esse documento

1000

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/10/2020 *Cláudio Elias de Oliveira*



IPO - INSTITUTO PREMIUM DE ODONTOLOGIA

Paciente: Claudivane Costa de Amarante

→ Rx interproximal de pré molares
e molares lado esquerdo e direito
para avaliar cárie.

Dra. Ana Flávia Resende F. de Andrade
Cirurgiã-Dentista
CRO-GO 15.857

10/09/2020

Avenida Dona Maria Cardoso. 1302 - Vila São Tomás - Goiânia - GO
062 996307174 / 062 3663 5672

iporx@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



20005513

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/09

4-Data de Autorização
12/06/09

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7890881

7-Data Validade da Sineta
12/10/11

380218
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
010202521150300000802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PATRICIA PEREIRA SOARES ALCANTARA

18/07/1990

15-Nome do titular do plano
SANDRO ALCANTARA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

18-Número no CRO
11498

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
012930679107

22-Nome do Contratado Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

23-Número no CRO
11498

24-UF
GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KARLA WANESSA ALVES VITORIA

27-Número no CRO
11498

28-UF
GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00	51261091200					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento
12/09/2020

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
222200

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Canto da Empresa

CRA - CENTRO RADIOGRÁFICO APARECIDO
CRA - CENTRO RADIOGRÁFICO APARECIDO

2005 Alcantara

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE:

Patricie Perene S. Alcantara

- LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).

GOIANIA, 19 / 09 / 20

Dr. Luis Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

**Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/09/2012 4-Dia de Autorização 12/09/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7906225 7-Dia Validade da Sentença 12/11/2012

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025216945000697011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GLACIELE CRISTINA RODRIGUES DE SOUZA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GLACIELE CRISTINA RODRIGUES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 18-Número no CRO 11498 19-LUF GO 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0219306791071 22-Nome do Contratado Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 23-Número no CRO 11498 24-LUF GO 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Executante KARLA WANESSA ALVES VITORIA 27-Número no CRO 11498 28-LUF GO 29-Código CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000294	LEVANTAMENTO		1	2,22	0,00		S	29/09/20		Glacielle
2-0	0	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7,80	0,00		S	29/09/20		Glacielle
3-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	14,00	0,00		S	29/09/20		Glacielle
4-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	14,00	0,00		S	29/09/20		Glacielle
5-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	14,00	0,00		S	29/09/20		Glacielle
6-0	0	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	14,00	0,00		S	29/09/20		Glacielle
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 29/09/2020 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 356,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/2020 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/2020 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2020 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CRA - CENTRO RADIOODONTOLÓGICO APARECIDA
CNPJ: 06.411.811/0001-18
Sintine Rodrigues

2006933



Clínica
Integrada
De Saúde &
Bem Estar

Solicitação de exames

Paciente: Glaciele Cristina Rodrigues

Exames

- Levantamento Radiográfico.
 - Avaliação Periodontal
- Interproximal das regiões:
 - Molares Direito e Esquerdo.
 - Pré-molares Direito e Esquerdo.
 - Diagnostico de caries proximais e oclusais
- Solicito Panorâmica.
 - Avaliação de canal mandibular

Goiânia, 17 de Setembro de 2020

Dra. Márcia Luz Marques CRO: 9234.

CLÍNICA LUZ INTEGRADA - CRO 596

CNPJ 17.937.592/0001-00

RT. Dra. Márcia Luz Marques - CRO 9234